

# DZIENNIK ZARZĄDZEŃ I ROZKAZÓW
## KOMENDY GŁÓWNEJ STRAŻY POŻARNYCH

Warszawa, dnia 22 września 1977 r. **Nr 3**

**TREŚĆ:** str.

Poz.:



**29.**

## ZARZĄDZENIE MINISTRÓW: SPRAW WEWNĘTRZNYCH ORAZ ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 20 września 1977 r.

**w sprawie stanu zdrowia i warunków fizycznych, jakim powinni odpowiadać funkcjonariusze pożarnictwa (Monitor Polski Nr 26, poz. 128)**

Na podstawie art. 1, ust. 3 i 4 dekretu z dnia 27 grudnia 1974 r. o służbie funkcjonariuszy pożarnictwa (Dz. U. z 1974 r. Nr 50, poz. 321 i z 1975 r. Nr 20, poz. 106) — zarządza się, co następuje:

§ 1. Zarządzenie określa wymagania w zakresie stanu zdrowia i warunków fizycznych, jakim powinni odpowiadać funkcjonariusze pożarnictwa oraz słuchacze szkół pożarniczych.

§ 2. 1. Ze względu na stopień zdolności do służby w ochronie przeciwpożarowej — osoby, o których mowa w § 1, zalicza się w zakresie stanu zdrowia i warunków fizycznych do jednej z trzech kategorii zdrowia:

1) do I kategorii zdrowia — osoby, które ze względu na stan zdrowia i warunki fizyczne posiadają pełną zdolność do pełnienia służby w ochronie przeciwpożarowej,
2) do II kategorii zdrowia — osoby, u których stwierdzono choroby albo ułomności fizyczne nieznacznie obniżające stan zdrowia, nie powodujące jednak ograniczenia zdolności do pełnienia służby w ochronie przeciwpożarowej,
3) do III kategorii zdrowia — osoby, u których stwierdzono choroby albo ułomności fizyczne powodujące ograniczenie zdolności do pełnienia służby w ochronie przeciwpożarowej.

2. Osoby, u których stwierdzono choroby lub ułomności fizyczne uniemożliwiające zaliczenie do jednej z trzech kategorii zdrowia, wymienionych w ust. 1, uznaje się za trwale niezdolne do służby w ochronie przeciwpożarowej.

§ 3. 1. Do szkół pożarniczych lub do służby w ochronie przeciwpożarowej mogą być przyjmowane wyłącznie osoby zaliczone do I kategorii zdrowia.

2. W wyjątkowych wypadkach osoby zaliczone do II kategorii zdrowia mogą być przyjmowane:

1) do szkół pożarniczych — jeżeli są funkcjonariuszami pożarnictwa, którzy co najmniej przez okres 5 lat pełnili służbę w ochronie przeciwpożarowej,
2) do służby w ochronie przeciwpożarowej — jeżeli posiadają szczególne kwalifikacje fachowe przydatne w ochronie przeciwpożarowej.

3. Funkcjonariusze pożarnictwa, którzy w czasie pełnienia służby w ochronie przeciwpożarowej zaliczeni zostali do II kategorii zdrowia, mogą nadal pełnić służbę na zajmowanych stanowiskach.

4. Funkcjonariusze pożarnictwa zaliczeni do III kategorii zdrowia mogą pełnić służbę w ochronie przeciwpożarowej wyłącznie na stanowiskach administracyjnych, a w czasie akcji ratowniczych — także na stanowiskach dowodzenia, kierowania i na stanowiskach pomocniczych.

§ 4. 1. Oceny stanu zdrowia osób, o których mowa w § 1, i zaliczenia ich do jednej z trzech kategorii zdrowia dokonuje się w wyniku badań lekarskich wstępnych, okresowych i kontrolnych, przeprowadzanych z uwzględnieniem wykazu chorób i ułomności, ustalonego w odrębnym zarządzeniu ogłoszonym w Dzienniku Zarządzeń i Rozkazów Komendy Głównej Straży Pożarnych.

2. Na badania lekarskie kieruje jednostka organizacyjna ochrony przeciwpożarowej, w której osoba kierowana pełni lub ma pełnić służbę. Skierowanie na kontrolne badanie lekarskie może być wydane również na wniosek funkcjonariusza pożarnictwa (słuchacza szkoły pożarniczej).

3. W skierowaniu na wstępne badania lekarskie należy podać miejsce pełnienia służby lub komórkę organizacyjną oraz stanowisko pracy, na którym osoba kierowana ma pełnić służbę lub funkcję, którą ma wykonywać.

§ 5. 1. Wstępnym badaniom lekarskim podlegają osoby ubiegające się o przyjęcie do służby w ochronie przeciwpożarowej i do szkół pożarniczych, a badaniom okresowym i kontrolnym — funkcjonariusze pożarnictwa i słuchacze szkół pożarniczych.

2. Wstępnym badaniom lekarskim podlegają również funkcjonariusze pożarnictwa przenoszeni na stanowiska, na których czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe występują w większym stopniu niż na stanowiskach dotychczas przez nich zajmowanych.

§ 6. 1. Na okresowe badania lekarskie kieruje się funkcjonariusza pożarnictwa (słuchacza szkoły pożarniczej) co najmniej raz na 2 lata w celu stwierdzenia zdolności do dalszego pełnienia służby na zajmowanym przez niego stanowisku lub do pełnienia dotychczasowej funkcji. W skierowaniu na badania lekarskie należy podać charakterystykę warunków służby osoby kierowanej na badanie.

2. Na badanie kontrolne kieruje się funkcjonariusza pożarnictwa (słuchacza szkoły pożarniczej), jeżeli jego stan zdrowia uniemożliwia dalsze pełnienie służby na zajmowanym stanowisku (wykonywanie dotychczasowej funkcji), a w szczególności gdy niezdolność do pełnienia służby (funkcji) wskutek choroby lub wypadku trwała ponad 30 dni.

§ 7. Badania lekarskie, o których mowa w § 4, przeprowadzają:

1) poradnie pracownicze przy komendach wojewódzkich straży pożarnych — w stosunku do osób pełniących służbę lub ubiegających się o przyjęcie do służby w terenowych jednostkach ochrony przeciwpożarowej,
2) przychodnie przyzakładowe i międzyzakładowe — w stosunku do osób pełniących służbę lub ubiegających się o przyjęcie do służby w resortowych jednostkach ochrony przeciwpożarowej,
3) zakłady wojskowej służby zdrowia — w stosunku do osób pełniących służbę lub ubiegających się o przyjęcie do służby w ochronie przeciwpożarowej w jednostkach (instytucjach) wojskowych i przedsiębiorstwach państwowych podległych Ministrowi Obrony Narodowej,
4) zakłady kolejowej służby zdrowia — w stosunku do osób pełniących służbę lub ubiegających się o przyjęcie do służby w ochronie przeciwpożarowej w zakładach pracy objętych opieką lekarską tej służby zdrowia,
5) zakłady służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — w stosunku do osób pełniących służbę lub ubiegających się o przyjęcie do służby w ochronie przeciwpożarowej w jednostkach resortu spraw wewnętrznych oraz w stosunku do słuchaczy szkół pożarniczych i osób ubiegających się o przyjęcie do takich szkół,
6) jednostki organizacyjne zespołów opieki zdrowotnej (przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia) — w stosunku do pozostałych osób.

§ 8. 1. Badania lekarskie, o których mowa w § 4 i 5, polegają na badaniu ogólnym. W razie potrzeby przeprowadza się badania specjalistyczne lub badania laboratoryjne dodatkowe, albo poddaje się badaną osobę obserwacji szpitalnej.

2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badań specjalistycznych, których zakład służby zdrowia przeprowadzający badanie lekarskie nie może wykonać we własnym zakresie, zakład ten kieruje badaną osobę do innego właściwego zakładu służby zdrowia w celu przeprowadzenia takich badań.

3. Zakład służby zdrowia przeprowadzający badanie lekarskie wpisuje wyniki tego badania do dokumentacji lekarskiej, którą również przechowuje.

§ 9. W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego zakład służby zdrowia wydaje orzeczenie lekarskie. Orzeczenie lekarskie powinno ustalać kategorię zdrowia, do której badana osoba została zaliczona lub trwałą niezdolność do służby w ochronie przeciwpożarowej. Orzeczenie należy przekazać jednostce ochrony przeciwpożarowej, która wydała skierowanie na badanie lekarskie.

§ 10. 1. W razie niezaliczenia funkcjonariusza pożarnictwa lub słuchacza szkoły pożarniczej do żadnej z trzech kategorii zdrowia — zakład służby zdrowia przeprowadzający badanie orzeka o jego trwałej niezdolności do służby w ochronie przeciwpożarowej, przygotowując odpowiednią dokumentację lekarską. Orzeczenie lekarskie zakład służby zdrowia przekazuje jednostce ochrony przeciwpożarowej, która wydała skierowanie na badanie lekarskie.

2. Zakład służby zdrowia postępuje w sposób określony w ust. 1 także w przypadku, gdy wynik przeprzeprowadzonego badania lekarskiego wskazuje, że stan zdrowia funkcjonariusza pożarnictwa (słuchacza szkoły pożarniczej) uniemożliwia mu pełnienie służby na zajmowanym stanowisku (pełnienie dotychczasowej funkcji) przez okres przekraczający 12 miesięcy.

§ 11. Osoby, które pełnią lub mają pełnić służbę w ochronie przeciwpożarowej na stanowiskach wymagających szczególnych kwalifikacji lub w warunkach szkodliwych dla zdrowia, obowiązane są niezależnie od badań lekarskich, o których mowa w niniejszym zarządzeniu — poddawać się badaniom lekarskim określonym w odrębnych przepisach.

§ 12. Jednostki organizacyjne ochrony przeciwpożarowej współdziałają z zakładami służby zdrowia przeprowadzającymi badania. Jednostki te obowiązane są w szczególności:

1) ustalać z zakładami służby zdrowia terminy badań lekarskich funkcjonariuszy pożarnictwa (słuchaczy szkół pożarniczych),
2) prowadzić kontrolę wykonywania przez funkcjonariuszy pożarnictwa (słuchaczy szkół pożarniczych) obowiązku zgłaszania się na okresowe i kontrolne badania lekarskie,
3) przechowywać orzeczenia lekarskie, o których mowa w § 9.

§ 13. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
**M. Śliwiński**

Minister Spraw Wewnętrznych
**S. Kowalczyk**

30.

## ZARZĄDZENIE MINISTRÓW: SPRAW WEWNĘTRZNYCH ORAZ ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 20 września 1977 r.

**w sprawie ustalenia wykazu chorób i ułomności stosowanych przy ocenie stanu zdrowia i warunków fizycznych w służbie ochrony przeciwpożarowej**

(Monitor Polski Nr 26, poz. 128)

Na podstawie art. 1, ust. 4 dekretu z dnia 27 grudnia 1974 r. o służbie funkcjonariuszy pożarnictwa (Dz. U. z 1974 r. Nr 50, poz. 321 i z 1975 r. Nr 20, poz. 106) oraz w związku z § 4, ust. 1 zarządzenia Ministrów: Spraw Wewnętrznych oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 września 1977 r. w sprawie stanu zdrowia i warunków fizycznych, jakim powinni odpowiadać funkcjonariusze pożarnictwa (Monitor Polski Nr 26, poz. 128) — zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się „Wykaz chorób i ułomności, stosowany przy ocenie stanu zdrowia i warunków fizycznych w służbie ochrony przeciwpożarowej", stanowiący załącznik do zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia w Dzienniku Zarządzeń i Rozkazów Komendy Głównej Straży Pożarnych.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
**M. Śliwiński**

Minister Spraw Wewnętrznych
**S. Kowalczyk**

**Spis treści do wykazu chorób i ułomności, stosowanego przy ocenie stanu zdrowia i warunków fizycznych w służbie ochrony przeciwpożarowej**



Załącznik do zarządzenia
Ministrów: Spraw Wewnętrznych
oraz Zdrowia i Opieki Społecznej
z dnia 20 września 1977 r.

## WYKAZ

**chorób i ułomności stosowany przy ocenie stanu zdrowia i warunków fizycznych w służbie ochrony przeciwpożarowej**

### Objaśnienia ogólne

1. W celu zapewnienia jedolitej interpretacji chorób i ułomności, ujętych w wykazie chorób i ułomności, zwanym dalej „wykazem" — należy posługiwać się objaśnieniami szczegółowymi, dotyczącymi odpowiednich paragrafów i punktów tego „wykazu". Odnośniki przy poszczególnych paragrafach i punktach (kolumny 1 i 2) „wykazu" oznaczają, że do tych paragrafów i punktów podano objaśnienia szczegółowe.

2. W razie stwierdzenia u badanej osoby kilku chorób i ułomności, ograniczających jej zdolność do służby w ochronie przeciwpożarowej — należy rozpatrywać łącznie ograniczenie spowodowane przez te choroby i ułomności, mając na uwadze ogólną zdolność do służby w ochronie przeciwpożarowej.

3. Symbole użyte w stosunku do osób ujętych w kategorii I (kolumna 4 wykazu) oznaczają:

„Z" — zdolny do służby w ochronie przeciwpożarowej,

„N" — trwale niezdolny do służby w ochronie przeciwpożarowej.

4. Symbole użyte w stosunku do osób ujętych w kategorii II i III (kolumna 5 i 6 wykazu) oznaczają:

„Z" — stan zdrowia zezwala na pełnienie służby w ochronie przeciwpożarowej na zajmowanym (przewidywanym) stanowisku,

„N" — stan zdrowia trwale uniemożliwia pełnienie służby w ochronie przeciwpożarowej.

5. Jeżeli do odpowiednich schorzeń lub ułomności zastosowano w „wykazie" symbol podwójny „Z/N" albo „N/Z" — należy wziąć pod uwagę oprócz rozległości i nasilenia zmian chorobowych — stanowisko służbowe, przebieg służby w ochronie przeciwpożarowej, wiek badanej osoby oraz jej przydatność na zajmowanym lub przewidywanym stanowisku (funkcji) zgodnie z opinią służbową.

Dwa symbole kwalifikacyjne umieszczone w wykazie obok siebie — dają możność indywidualnego podejścia kwalifikacyjnego do badanej osoby w zależności od jej sprawności fizycznej i ogólnej przydatności do służby w ochronie przeciwpożarowej. Pierwszy symbol (lewy) oznacza jednak kwalifikację zasadniczą.

6. Przed każdorazowym badaniem kwalifikacyjnym (wstępnym, okresowym, kontrolnym) należy przeprowadzić rutynowe badania laboratoryjne.

Za rutynowe badania laboratoryjne uważa się badanie:

— rentgenologiczne klatki piersiowej,
— EKG,
— morfologii krwi i OB oraz badanie krwi na odczyn Wassermana,
— ogólne moczu.

7. Przy przeprowadzeniu badań wstępnych lub okresowych należy ustalić grupę krwi.

8. U kobiet należy przeprowadzić rutynowe ginekologiczne badania wstępne i okresowe, połączone z badaniami cytodiagnostycznymi.

9. Postępowanie w przypadku chorób wenerycznych — omówiono w objaśnieniach szczegółowych.

10. Stwierdzone u badanej osoby zmiany chorobowe, choroby lub ułomności (z uwzględnieniem ich lokalizacji i stopnia nasilenia) należy wyszczególnić w każdym orzeczeniu lekarskim, zaznaczając wyłącznie odpowiadające im paragrafy i punkty z wykazu chorób i ułomności.

11. W każdym orzeczeniu lekarskim należy określić kategorię zdrowia, do której badana osoba została zaliczona.

12. W orzeczeniu lekarskim wydanym w wyniku badania wstępnego, w czasie którego:

a) nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych, należy podać: „zdolny(a) do służby w ochronie przeciwpożarowej",
b) stwierdzono zmiany chorobowe albo ułomności, należy podać: „stan zdrowia nie kwalifikuje ob. ............. do przyjęcia do służby w ochronie przeciwpożarowej".

13. W orzeczeniu lekarskim wydanym w wyniku badania okresowego lub kontrolnego należy ocenić zdolność osoby badanej do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku (pełnionej funkcji) przez zamieszczenie jednego z niżej wymienionych określeń:

1) „stan zdrowia pozwala na pełnienie służby na zajmowanym stanowisku (pełnienie dotychczasowej funkcji)",
2) „stan drowia uniemożliwia pełnienie służby na zajmowanym stanowisku (pełnienie dotychczasowej funkcji)",
3) „stan zdrowia uniemożliwia pełnienie służby na zajmowanym stanowisku (pełnienie dotychczasowej funkcji) przez okres ...... miesięcy",
4) „stan zdrowia trwale uniemożliwia pełnienie służby w ochronie przeciwpożarowej".

14. W wypadku stwierdzenia u badanej osoby ostrej choroby (w rozumieniu klinicznym) — orzeczenie lekarskie o zdolności do pełnienia służby (funkcji) w ochronie przeciwpożarowej należy wydać dopiero po ustąpieniu ostrych objawów tej choroby.

15. Wydane orzeczenie lekarskie należy przekazać jednostce ochrony przeciwpożarowej, która wydała skierowanie na badanie lekarskie.

| Paragraf | Punkt | Choroba lub ułomność | Kat. I | Kat. II | Kat. III |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | **DZIAŁ I — BUDOWA CIAŁA** | | | |
| 1 | 1* | Wzrost poniżej 160 cm, przy proporcjonalnej budowie ciała | N | N | Z |
| | 2* | Słaba budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 3 | Charłactwo nie rokujące poprawy | N | N | N |
| | 4* | Otyłość upośledzająca sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 5 | Feminizm, infantylizm, eunuchoidyzm, obojnactwo | N | N | N |
| | 6* | Odwrotne położenie trzew z zaburzeniami ustroju | N | N | N |
| | | **DZIAŁ II — SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA I WĘZŁY CHŁONNE** | | | |
| 2 | 1* | Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | Z | Z |
| | 2* | Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju | N | N | N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 1* | Blizny upośledzające sprawność ustroju lub szpecące | N | N/Z | N/Z |
| | 2* | Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z/N |
| 4 | 1 | Skupienia powiększonych węzłów obwodowych nie upośledzające sprawności ustroju | N | Z | Z |
| | 2 | Skupienia powiększonych węzłów chłonnych obwodowych upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 3* | Przewlekłe zapalenie obwodowych węzłów chłonnych z ropieniem lub przetokami | N | N | N |
| 5 | 1 | Słoniowatość | N | N | Z/N |
| | | **DZIAŁ III — CZASZKA** | | | |
| 6 | 1 | Zniekształcenia czaszki nie upośledzające czynności układu nerwowego | N | Z | Z |
| | 2 | Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), choroby i ubytki kości czaszki upośledzające czynności układu nerwowego | N | N | Z/N |
| | 3 | Przepukliny mózgu | N | N | N |
| | 4 | Ciała obce w mózgu | N | N | N |
| | 5 | Przepukliny rdzenia kręgowego | N | N | N |
| | | **DZIAŁ IV — NARZĄD WZROKU** | | | |
| 7* | 1 | Zniekształcenie powiek nie upośledzające ich sprawności | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Zniekształcenie powiek upośledzające ich sprawność | N | Z/N | Z |
| | 3* | Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność oka | Z/N | Z | Z |
| | 4* | Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek trudno poddające się leczeniu, upośledzające sprawność oka | N | N/Z | Z |
| | 5* | Obwodowe zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nie upośledzające ruchów gałki ocznej lub powiek | Z/N | Z | Z |
| | 6* | Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieznacznie upośledzające ruchomość gałki ocznej | N | Z | Z |
| | 7* | Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej upośledzające ruchomość gałki ocznej | N | N/Z | Z |
| 8 | 1 | Upośledzenie wydzielania lub odpływu łez | N | Z/N | Z |
| 9* | 1 | Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej | N | N | Z/N |
| | 2 | Całkowita ślepota lub brak obu gałek ocznych | N | N | N |
| 10* | 1 | Nieznaczny oczopląs | N | Z/N | Z |
| | 2 | Wyraźny oczopląs | N | N | N |
| 11 | 1 | Brak jednoczesnego widzenia obuocznego (zez utajony, zez jawny, stany po operacji zeza) | N | N/Z | Z |
| 12* | 1 | Niedowłady lub porażenia mięśni zewnętrznych, lub wewnętrznych oka upośledzające widzenie obuoczne | N | N/Z | Z/N |
| 13* | 1 | Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1,0 D, wypukłymi do 3,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi, albo wypukłymi do 1,0 D | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 1,0 D do 3,0 D, wypukłymi powyżej 3,0 D do 6,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi, albo wypukłymi powyżej 1,0 D do 2,0 D | N/Z | Z | Z |
| | 3 | Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 3,0 D do 6,0 D, wypłukymi powyżej 6,0 D do 10,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi albo wypukłymi powyżej 2,0 D do 3,0 D | N | Z/N | Z |
| | 4 | Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 6,0 D, wypukłymi powyżej 10,0 D lub cylindrycznymi powyżej 3,0 D | N | N/Z | Z |
| | 5 | Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5, drugiego oka w granicach od 0,1 do 0,4 z korekcją szkłami sferycznymi do 6,0 D lub cylindrycznymi do 3,0 D | N | N/Z | Z |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
|  | 6 | Ostrość wzroku każdego oka w granicach od 0,1 do 0,4 z korekcją szkłami sferycznymi powyżej 6,0 D, cylindrycznymi powyżej 3,0 D | N | N | N |
| 14 | 1* | Przebyte przewlekłe choroby rogówki, twardówki, tęczówki, soczewki i ciałka rzęskowego upośledzające czynność oka | N | N/Z | Z/N |
|  | 2* | Przebyte przewlekłe choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego upośledzające czynności oka | N | N/Z | Z/N |
|  | 3 | Nawracające schorzenia rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowego | N | N | N/Z |
|  | 4* | Nieznaczne upośledzenia rozróżniania barw | Z | N/Z | Z |
|  | 5* | Znaczne upośledzenie rozróżniania barw | N | N | N/Z |
|  | 6 | Jaskra | N | N | N/Z |
|  |  | DZIAŁ V — NARZĄD SŁUCHU |  |  |  |
| 15 | 1 | Zniekształcenie małżowiny usznej | Z/N | Z | Z |
|  | 2 | Brak względnie znaczny niedorozwój lub znaczne zniekształcenie jednej, lub obu małżowin usznych bez równoczesnego upośledzenia słuchu | N | Z | Z |
| 16 | 1 | Jedno lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej, przewlekły nieżyt ucha środkowego — bez osłabienia słuchu | N/Z | Z | Z |
|  | 2 | Jedno lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej, przewlekły nieżyt ucha środkowego — z osłabieniem słuchu | N | Z/N | Z |
|  | 3 | Jednostronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego — z przytępieniem słuchu | N | N/Z | Z |
|  | 4 | Obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego — z przytępieniem słuchu | N | N | Z |
|  | 5* | Jednostronne zwężenie lub zrośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych — z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą | N | N | N/Z |
|  | 6 | Obustronne zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych — z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą | N | N | N |
| 17 | 1 | Jednostronny suchy ubytek błony bębenkowej | N | N/Z | Z |
|  | 2 | Obustronny suchy ubytek błony bębenkowej | N | N | Z |
| 18 | 1 | Jednostronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego z ubytkiem błony bębenkowej lub ziarniną, polipami, albo perlakiem | N | N | Z |
|  | 2 | Obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego z ubytkiem błony bębenkowej lub zierniną, polipami, albo perlakiem | N | N | N/Z |
|  | 3* | Jedno lub obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane — niezależnie od ostrości słuchu | N | N | Z/N |
|  | 4* | Gruźlica uszu czynna | N | N | N |
| 19 | 1* | Stan po przebytej antromastoidektomii bez upośledzenia słuchu | N | Z | Z |
|  | 2 | Stan po wygojonej jedno lub obustronnej operacji zachowawczej ucha środkowego — z osłabieniem słuchu lub bez osłabienia słuchu | N | Z/N | Z |
|  | 3 | Stan po wygojonej jednostronnej operacji zachowawczej ucha środkowego — z przytępieniem słuchu lub utrzymującym się ropieniem | N | N | Z |
|  | 4 | Stan po wygojonej obustronnej oparecji zachowawczej ucha środkowego — z przytępieniem słuchu lub utrzymującym się ropieniem | N | N | Z/N |
|  | 5 | Stan po jednostronnej operacji doszczętnej ucha środkowego wygojonej lub z utrzymującym się ropieniem | N | N | Z |
|  | 6 | Stan po obustronnej operacji doszczętnej ucha środkowego | N | N | N |
|  | 7* | Stan po operacji doszczętnej ucha środkowego z wygojonym uszno-pochodnym ropieniem mózgu lub móżdżku | N | N | N |
|  | 1 | Jednostronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego z osłabieniem słuchu | N | N | Z/N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 2 | Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego — z osłabieniem słuchu | N | N | Z/N |
| | 3 | Jednostronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego — z przytępieniem słuchu | N | N | Z/N |
| | 4 | Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego z jednostronnym przytępieniem słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu | N | N | Z/N |
| | 5 | Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego — z przytępieniem słuchu | N | N | N/Z |
| | 6 | Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano lub otoskleroza) ucha środkowego — z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą (jedno lub obustronne) | N | N | N |
| | 7* | Stan po jedno lub obustronnej operacji ucha środkowego z powodu włóknistego lub kostnego zwyrodnienia | N | N/Z | Z/N |
| 21 | 1 | Jednostronne upośledzenie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzące z ucha wewnętrznego, z nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych ze słyszeniem mowy potocznej | N | Z/N | Z |
| | 2 | Obustronne upośledzenie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzące z ucha wewnętrznego, z nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych ze słyszeniem mowy potocznej | N | Z/N | Z |
| | 3 | Jednostronne osłabienie słuchu pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych — bez zaburzeń pobudliwości błędników | N | N/Z | Z |
| | 4 | Obustronne osłabienie słuchu pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych — bez zaburzeń pobudliwości błędników | N | N | Z |
| | 5 | Jednostronne przytępienie słuchu pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych — bez zaburzeń pobudliwości błędników | N | N | Z |
| | 6 | Jednostronne przytępienie słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu, pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych — bez zaburzeń pobudliwości błędników | N | N | Z/N |
| | 7 | Obustronne przytępienie słuchu pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych — bez zaburzeń pobudliwości błędników | N | N | Z/N |
| | 8* | Zaburzenia równowagi ciała wskutek uszkodzenia ucha wewnętrznego lub nerwu przedsionkowego po jednej lub obu stronach (niezależnie od ostrości słuchu) | N | N | N/Z |
| | 9 | Stan po operacjach na uchu środkowym z zaburzeniami pobudliwości błędników | N | N | N |
| | 10 | Głuchota | N | N | N |

## DZIAŁ VI — JAMA USTNA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 1* | Zniekształcenie warg wrodzone lub nabyte — nieznacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów | N | Z/N | Z |
| | 2 | Zniekształcenie warg wrodzone lub nabyte — upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów | N | N | N/Z |
| | 3* | Warga zajęcza | N | Z | Z |
| | 4 | Warga zajęcza z rozszczepieniem szczęki i podniebienia („wilcza paszcza”) | N | N | N |
| | 5 | Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie po niebienia twardego i miękkiego — nieznacznie upośledzające lub upośledzające mowę, albo przyjmowanie pokarmów | N | N | N/Z |
| | 6 | Ubytki podniebienia twardego znacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów | N | N | N |
| 23 | 1* | Zniekształcenie języka nie upośledzające mowy i połykania | N/Z | Z | Z |
| | 2* | Zniekształcenie języka upośledzające mowę lub połykanie | N | N | N/Z |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 3 | Torbiele jamy ustnej upośledzające mowę albo połykanie | N | N | N |
| | 4 | Przewlekłe zapalenie ślinianek upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 5 | Przetoki ślinowe | N | N | N |
| | 6* | Gruźlica jamy ustnej czynna | N | N | N |
| 24* | 1 | Braki i wady uzębienia, w tym również zębów przednich, z utratą zdolności żucia do 50% | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Braki i wady uzębienia przy utracie zdolności żucia powyżej 50 do 70% | Z/N | Z | Z |
| | 3 | Braki i wady uzębienia przy utracie zdolności żucia powyżej 70% nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające stan odżywienia | N | Z/N | Z |
| | 4 | Braki i wady uzębienia przy utracie zdolności żucia powyżej 70% znacznie upośledzające stan odżywienia | N | N/Z | Z |
| 25 | 1* | Zniekształcenie szczęki lub żuchwy wrodzone lub nabyte, upośledzające żucie | N | N/Z | Z/N |
| | 2 | Złamanie szczęki lub żuchwy niezrośnięte lub zrośnięte nieprawidłowo — bardzo znacznie upośledzające żucie | N | N | N |
| | 3 | Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami powyżej 2 cm) | N | Z | Z |
| | 4 | Ograniczenie rozwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami poniżej 2 cm) | N | N | N/Z |
| | 5 | Stany po przebytych operacjach kostno-korekcyjnych lub kostno-odtwórczych szczęki lub żuchwy — z upośledzeniem żucia | N | Z/N | Z |
| | 6 | Przewlekłe schorzenia stawu żuchwowego upośledzające żucie | N | N/Z | Z/N |
| | | **DZIAŁ VII — NOS, GARDŁO, KRTAŃ** | | | |
| 26 | 1* | Polipy nosa lub przerosty muszli nosowych nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 2* | Polipy nosa lub przerosty muszli nosowych upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 3* | Skrzywienie przegrody nosa nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | Z/N | Z | Z |
| | 4* | Skrzywienie przegrody nosa upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 5 | Zwężenie nozdrzy (przednich lub tylnych) nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z |
| | 6 | Zwężenie nozdrzy (przednich lub tylnych) upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 7 | Zarośnięcie jam nosowych lub jamy nosowo-gardłowej znacznego stopnia | N | N | N |
| | 8 | Zniekształcenie lub zniszczenie części nosa nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z |
| | 9 | Zniekształcenie lub zniszczenie części nosa znacznie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 10 | Przewlekłe nieżytowe zapalenie zatok przynosowych | N | Z/N | Z |
| | 11 | Przewlekłe śluzowo-ropne lub ropne zapalenie zatok przynosowych | N | N | Z |
| | 12 | Przewlekły suchy nieżyt nosa nieznacznie upośledzający sprawność ustroju | N | Z | Z |
| | 13 | Przewlekły suchy lub suchy zanikowy nieżyt nosa upośledzający sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 14 | Zanikowy cuchnący nieżyt błony śluzowej nosa (oezena) | N | N | N |
| | 15* | Zupełny brak powonienia | N | N | N/Z |
| 27 | 1 | Przewlekły nawracający nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani upośledzający sprawność ustroju | N | N/Z | Z |
| | 2 | Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z |
| | 3 | Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy upośledzające sprawność ustroju | N | N | N |
| 28* | 1 | Zaburzenia ruchomości wiązadeł głosowych na tle organicznym lub czynnościowym — upośledzające sprawność ustroju | N | N/Z | Z |
| 29 | 1 | Wady wymowy nieznacznie upośledzające zdolność porozumiewania się | N | Z/N | Z |
| | 2 | Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się | N | N | N/Z |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 30* | 1 | Przewlekłe alergiczne stany górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 2 | Twardziel nosa, gardła, krtani i tchawicy | N | N | N |
| | 3 | Gruźlica nosa, gardła, krtani i tchawicy czynna | N | N | N |

## DZIAŁ VIII — SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 1* | Kręcz karku | N | N | N/Z |
| | 2* | Przetoki skrzelo-pochodne | N | N | N |
| 32 | 1 | Zniekształcenia obojczyka nie upośledzające sprawności obręczy barkowej | N | Z | Z |
| | 2 | Zniekształcenia obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej | N | N | Z/N |
| | 3 | Stawy rzekome obojczyka | N | N | Z/N |
| 33 | 1* | Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej — nie upośledzające sprawności ustroju | N/Z | Z | Z |
| | 2* | Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 3 | Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce) upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 4* | Żebra nadliczbowe szyjne | N | Z | Z |
| | 5 | Przetoki głębokie klatki piersiowej | N | N | N |
| 34 | 1* | Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nie upośledzające sprawności ustroju | N/Z | Z | Z |
| | 2* | Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 3* | Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa upośledzająca sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 4 | Przewlekłe zesztywniające zapalenie kręgosłupa | N | N | N |
| | 5* | Gruźlica kręgosłupa czynna | N | N | N |
| | 6 | Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |

## DZIAŁ IX — NARZĄD ODDECHOWY

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 35* | 1 | Przewlekły nawracający nieżyt oskrzeli bez objawów rozedmy płuc przy dobrej sprawności oddechowo-krążeniowej | N | Z/N | Z |
| | 2 | Przewlekły nieżyt oskrzeli z częstymi zaostrzeniami lub z objawami rozedmy płuc przy dobrej sprawności oddechowo-krążeniowej | N | N | Z |
| | 3 | Przewlekły nieżyt oskrzeli z rozedmą płuc i z objawami niedomogi oddechowo-krążeniowej | N | N | Z/N |
| | 4 | Rozedma płuc upośledzająca sprawność oddechowo-krążeniową | N | N | Z/N |
| | 5 | Dychawica oskrzelowa | N | N | Z/N |
| | 6* | Rozstrzenie oskrzeli | N | N | Z/N |
| 36* | 1* | Pojedyncze zwapnienia oraz niewielkie zwłóknienia po przebytym procesie gruźliczym | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Gruźlica węzłowo-płucna | N | N | N |
| | 3 | Gruźlica płuc | N | N | N |
| | 4 | Rozsiane zmiany włókniste po przebytej gruźlicy płuc bez upośledzenia sprawności oddechowo-krążeniowej | N | N | Z |
| | 5* | Rozległe zmiany włókniste po przebytej gruźlicy płuc z upośledzeniem sprawności oddechowo-krążeniowej | N | N | Z/N |
| | 6 | Zrosty i zgrubienia opłucnej nie upośledzające sprawności krążeniowo-oddechowej | N/Z | Z | Z |
| | 7 | Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony z przemieszczeniem narządów — upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową | N | N | Z/N |
| | 1* | Zwłóknienia po przebytych procesach nieswoistych | Z/N | Z | Z |
| | 2* | Rozległe zmiany włókniste po przebytych procesach zapalnych nieswoistych upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową | N | N | Z/N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 37* | 3* | Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc | N | N | N |
| | 4* | Sarkoidoza płuc (choroba B.B.S.) | N | N | Z/N |
| | 5 | Grzybicze lub pasożytnicze choroby płuc lub opłucnej | N | N | Z/N |
| | 6* | Nieznaczne ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych — nie upośledzające sprawności oddechowo-krążeniowej | N | Z/N | Z |
| | 7* | Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych — upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową | N | N | Z/N |

## DZIAŁ X — UKŁAD KRĄŻENIA

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 38* | 1 | Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności układu krążenia | N | N | Z |
| | 2 | Choroby mięśnia sercowego z objawami chwiejnej wydolności lub trwałej niewydolności układu krążenia | N | N | Z/N |
| | 3* | Choroba wieńcowa | N | N | Z/N |
| | 4 | Wrodzone wady serca | N | N | N/Z |
| | 5* | Zastawkowe wady serca w okresie wyrównania | N | N | Z/N |
| | 6* | Zastawkowe wady serca w okresie niewyrównania lub z wyraźnymi zaburzeniami hemodynamicznymi | N | N | N |
| | 7 | Zrosty osierdzia bez objawów zaburzeń w krążeniu | N | N | Z |
| | 8 | Zrosty osierdzia z objawami zaburzeń w krążeniu lub stany po operacyjnym uwolnieniu serca ze zrostów | N | N | N |
| | 9 | Ciała obce wgojone w serce | N | N | N |
| 39 | 1 | Miażdżyca naczyń bez objawów ze strony narządów | N | Z/N | Z |
| | 2 | Miażdżyca naczyń z objawami ze strony narządów | N | N | Z/N |
| | 3* | Nadciśnienie tętnicze | N | N | Z/N |
| | 4 | Tętniaki naczyń krwionośnych | N | N | N |
| | 5* | Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 6 | Zaburzenia krążenia po zapaleniach lub urazach naczyń upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |

## DZIAŁ XI — UKŁAD TRAWIENNY

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 40* | 1 | Choroby organiczne i czynnościowe przełyku nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki itp.) | N | N/Z | Z |
| | 2 | Choroby organiczne przełyku upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki, owrzodzenia itp.) | N | N | Z/N |
| 41 | 1 | Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej nie upośledzające sprawności ustroju | N | Z | Z |
| | 2 | Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z |
| | 3 | Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| 42* | 1 | Zrosty otrzewnej upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| 43* | 1 | Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit — bez upośledzenia sprawności ustroju | N | N/Z | Z |
| | 2 | Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit z upośledzeniem sprawności ustroju | N | N | Z |
| | 3 | Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy | N | N | Z |
| | 4 | Wygojony wrzód żołądka lub dwunastnicy | N | N/Z | Z |
| | 5* | Powikłania powrzodowe | N | N | N/Z |
| | 6 | Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn bez upośledzenia sprawności ustroju | N | N/Z | Z |
| | 7 | Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn z upośledzeniem sprawności ustroju lub pooperacyjny brak żołądka | N | N | Z/N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 8 | Rozstrzeń lub niedowład żołądka z zastoiną treści żołądkowej | N | N | Z/N |
| | 9 | Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.) z zaburzeniami ustroju | N | N | Z/N |
| | 10 | Opuszczenie żołądka lub jelit — upośledzające sprawność ustroju | N | N/Z | Z |
| | 11 | Zwężenie organiczne jelit, wydłużenie lub rozszerzenie jelita grubego (choroba Hirschprunga) | N | N | Z |
| | 12 | Przetoki jelitowe zewnętrzne | N | N | N |
| 44 | 1 | Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego upośledzające sprawność ustroju | N | N/Z | Z |
| | 2* | Kamica żółciowa lub inne choroby dróg żółciowych | N | N | Z |
| | 3 | Pooperacyjny brak pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń ustroju | N | Z | Z |
| | 4 | Pooperacyjny brak pęcherzyka żółciowego z zaburzeniami ustroju | N | N | Z |
| | 5 | Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie wątroby | N | N | Z |
| | 6 | Marskość wątroby | N | N | Z/N |
| | 7 | Przewlekła hiperbilirubinemia | N | N | Z |
| | 8 | Bruceloza oporna na leczenie | N | N | Z/N |
| 45 | 1* | Przewlekłe choroby trzustki | N | N | Z |
| 46 | 1 | Przepukliny wszelkich rodzajów | N | N | Z/N |
| 47 | 1 | Guzy krwawnicowe odbytu | N | N/Z | Z |
| | 2 | Wynicowanie i wypadanie śluzówki odbytnicy | N | N | N/Z |
| | 3 | Wynicowanie odbytnicy | N | N | N |
| | 4 | Szczeliny i przetoki odbytnicy nawracające | N | N/Z | Z |
| | 5 | Przetoki krzyżowo-ogonowe | N | N/Z | Z |
| 48 | 1* | Gruźlica otrzewnej, węzłów chłonnych, jamy brzusznej, dróg przewodu pokarmowego — czynna | N | N | N |
| | 2 | Grzybica, bąblowiec otrzewnej lub narządów jamy brzusznej | N | N | N |

DZIAŁ XII — NARZĄD MOCZOWO-PŁCIOWY

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 49* | 1 | Opuszczenie jednej lub obu nerek nie upośledzające sprawności ustroju | Z | Z | Z |
| | 2 | Opuszczenie jednej lub obu nerek upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 3 | Wady rozwojowe nerek upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 4 | Skaza kamicowa z okresowym wydalaniem złogów | N | N/Z | Z |
| | 5 | Kamica nerek lub moczowodów | N | N | Z |
| | 6 | Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych | N | N | Z |
| | 7 | Przewlekłe zapalenie lub zwyrodnienie nerek | N | N | N/Z |
| | 8 | Roponercze lub wodonercze | N | N | N |
| | 9* | Brak pooperacyjny jednej nerki bez upośledzenia czynności drugiej | N | N | Z |
| | 10* | Brak pooperacyjny jednej nerki z upośledzeniem czynności drugiej | N | N | Z/N |
| 50* | 1* | Nietrzymanie moczu ze zmianami w układzie moczowym | N | N | N |
| | 2 | Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego | N | N | Z |
| | 3 | Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 4 | Kamienie pęcherza moczowego | N | N | Z |
| | 5 | Przetoki pęcherza moczowego | N | N | N |
| 51 | 1* | Zwężenie cewki moczowej utrudniające oddawanie moczu | N | N | Z |
| | 2* | Spodziectwo lub wierzchniactwo nie powodujące zaburzeń w oddawaniu moczu | N/Z | Z | Z |
| | 3 | Spodziectwo lub wierzchniactwo powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu | N | N | Z |
| | 4 | Przetoka prąciowa cewki moczowej | N | N | Z |
| | 5 | Przetoka mosznowa lub kroczowa cewki moczowej | N | N | N |
| | 6 | Zniekształcenie prącia znacznego stopnia | N | Z | Z |
| | 7 | Brak prącia | N | N | N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 52 | 1* | Żylaki powrózka nasiennego nie upośledzające sprawności ustroju | N/Z | Z | Z |
| | 2 | Żylaki powrózka nasiennego upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 3* | Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza — nie upośledzające sprawności ustroju | N | Z | Z |
| | 4* | Przewlekłe zapalenie jądra lub najądrza o niewyjaśnionej etiologii | N | N | Z/N |
| | 5* | Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego | N | N | Z |
| 53 | 1 | Brak lub zanik jednego jądra | N/Z | Z | Z |
| | 2* | Brak lub zanik obu jąder | N | N | N |
| | 3 | Wnętrostwo jedno lub obustronne | N | Z | Z |
| 54 | 1* | Gruźlica narządu moczowo-płciowego czynna | N | N | N |

## DZIAŁ XIII — GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 55 | 1 | Wole nieznacznych rozmiarów | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Wole znacznych rozmiarów | N | N | Z/N |
| | 3 | Wole z objawami matołectwa, obrzęk śluzowaty | N | N | N |
| | 4 | Zmiany czynności tarczycy z wolem lub bez wola | N | N | Z/N |
| | 5 | Choroba Graves-Basedowa | N | N | Z/N |
| 56* | 1 | Choroby przysadki mózgowej | N | N | Z/N |
| | 2 | Choroby nadnerczy | N | N | Z/N |
| | 3 | Choroby gruczołów przytarczycznych | N | N | Z/N |
| | 4* | Cukrzyca | N | N | Z/N |
| | 5 | Otyłość bolesna | N | N | N |
| | 6 | Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |

## DZIAŁ XIV — INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 57 | 1* | Niedokrwistość niedobarwliwa stała | N | N | Z |
| | 2* | Wszelkie inne choroby krwi (niedokrwistość złośliwa, aplastyczna, czerwienica, białaczki, skazy krwiotoczne, ziarnica złośliwa itp.) | N | N | N/Z |
| 58 | 1 | Powiększenie śledziony bez zmian w wątrobie lub krwi | N | Z | Z |
| | 2* | Brak pooperacyjny śledziony bez zmian we krwi | N | Z | Z |
| 59* | 1 | Choroba popromienna | N | N/Z | Z/N |
| | 2 | Skażenie wewnętrzne mało i średnio toksycznymi substancjami promieniotwórczymi | N | Z/N | Z |
| | 3 | Skażenie wewnętrzne wysoko toksycznymi substancjami promieniotwórczymi | N | N | N/Z |
| | 4 | Choroba mikrofalowa | N | Z/N | Z |
| 60 | 1* | Choroba kolagenowa w stanie czynnym lub stanie remisji | N | N | Z |
| 61 | 1 | Skaza moczanowa (dna) | N | Z/N | Z |
| 62* | 1 | Inne choroby przemiany materii upośledzające sprawność ustroju | N | N/Z | Z |

## DZIAŁ XV — UKŁAD NERWOWY

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 63* | 1 | Przewlekłe zespoły bólowe korzonkowe, korzonkowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z okresowymi niezbyt częstymi zaostrzeniami | N | N | Z |
| | 2 | Przewlekłe zespoły bólowe korzonkowe, korzonkowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi | N | N | Z |
| | 3 | Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi — nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 4 | Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi i troficznymi — upośledzające sprawność ustroju | N | N | N |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 64* | 1* | Objawy szczątkowe po przebytych chorobach organicznych lub urazach ośrodkowego układu nerwowego bez wyraźniejszych zaburzeń mózgowo-rdzeniowych lub z nieznacznymi zaburzeniami, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nie upośledzają sprawności ustroju | N | N/Z | Z |
| | 2* | Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi — nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z/N |
| | 3* | Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi — upośledzające sprawność ustroju | N | N | N |
| | 4* | Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego — nie rokujące poprawy | N | N | N |
| | 5 | Przebyty krwotok podpajęczynówkowy samoistny (bez stwierdzonego urazu, tętniaka lub nadciśnienia) | N | N | N/Z |
| 65* | 1 | Zaniki po przebytych chorobach lub urazach, albo wrodzone braki mięśni nie upośledzające sprawności ustroju | N | N | Z |
| | 2 | Choroby układu mięśniowego i zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N | Z |
| | 3 | Choroby układu mięśniowego i zaniki po przebytych chorobach lub urazach, albo wrodzone braki mięśni upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| 66* | 1 | Padaczka | N | N | N |
| | | **DZIAŁ XVI — STAN PSYCHICZNY** | | | |
| 67* | 1 | Nerwice nie upośledzające sprawności ustroju | N | Z | Z |
| | 2 | Przewlekłe nerwice miernie upośledzające sprawność ustroju | N | Z/N | Z |
| | 3 | Przewlekłe nerwice upośledzające sprawność ustroju a nie poddające się leczeniu | N | N | N/Z |
| 68 | 1* | Przewlekłe nerwice narządowe nie upośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N/Z | Z |
| | 2* | Przewlekłe nerwice narządowe znacznie upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 3 | Moczenie nocne | N | N | Z |
| 69* | 1 | Anomalie charakteru nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne i kompensacyjne | N | N | Z |
| | 2 | Anomalie charakteru miernie upośledzające zdolności adaptacyjne i kompensacyjne | N | N | Z/N |
| | 3 | Reaktywne, sytuacyjne, przemijające zaburzenia charakteru (stany i reakcje psychopatyczne itp.) | N | N | N |
| 70 | 1* | Infantylizm psychiczny | N | N | N |
| 71* | 1 | Psychozy reaktywne | N | N | N |
| | 2 | Inne psychozy egzogenne (pourazowe, infekcyjne, intoksykacyjne itp., z wyjątkiem alkoholowych) przebyte bez pozostawania defektu | N | N/Z | Z |
| | 3 | Psychozy egzogenne przebyte z defektem | N | N | N |
| | 4 | Psychozy alkoholowe (majaczenie, drżenie, halucynoza alkoholowa, obłęd alkoholowy, zespół Korsakowa i inne) | N | N | N |
| | 5 | Psychozy endogenne (schizofrenia, psychoza maniakalno-desperacyjna, paranoja, parafrenia), inwolucyjne, przedstarcze, starcze | N | N | N |
| 72 | 1 | Ociężałość umysłowa | N | N | N |
| 73 | 1* | Narkomanie przebiegające bez defektu | N | N | N |
| 74* | 1 | Inne zaburzenia psychiczne przebyte bez skłonności do nawrotów | N | N/Z | Z |
| | 2 | Inne zaburzenia psychiczne nie rokujące poprawy lub przebiegające z nawrotami | N | N | N |
| | | **DZIAŁ XVII — KOŃCZYNY** | | | |
| 75* | 1 | Brak kończyny górnej | N | N | N/Z |
| | 2 | Brak kończyny dolnej | N | N | N/Z |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 76* | 1 | Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych) bez upośledzenia sprawności | N | Z | Z |
| | 2* | Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych) upośledzające sprawność | N | N | N/Z |
| | 3* | Przewlekłe stany zapalne kości | N | N | N/Z |
| 77* | 1 | Skrócenie kończyny dolnej do 2 cm | N | Z | Z |
| | 2 | Skrócenie kończyny dolnej z upośledzeniem sprawności | N | N | Z/N |
| 78 | 1* | Zwichnięcia nawykowe | N | N | Z |
| | 2* | Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn upośledzające sprawność | N | N | N/Z |
| | 3* | Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ustroju | N | N | N/Z |
| | 4* | Rzut choroby reumatycznej w okresie leczenia lub postępowania profilaktycznego | N | N/Z | Z |
| | 5 | Przewlekły postępujący gościec stawowy | N | N | Z |
| | 6 | Zmiany zwyrodnieniowe stawów | N | N | Z/N |
| 79* | 1 | Stopa płaska, koślawa lub wydrążona miernie upośledzająca sprawność | N | N/Z | Z |
| | 2 | Stopa płaska, koślawa, szpotawa, końska, piętowa i inne znacznie lub wybitnie upośledzające sprawność | N | N | N/Z |
| 80 | 1 | Żylaki kończyn nie upośledzające sprawności ustroju | N/Z | Z | Z |
| | 2 | Rozległe żylaki kończyn bez owrzodzeń | N | N/Z | Z |
| | 3 | Wrzody żylakowe | N | N | Z/N |
| 81 | 1 | Brak palców stóp — nie upośledzający chodzenia | N | N/Z | Z/N |
| | 2 | Brak palców stóp upośledzający chodzenie | N | N | N/Z |
| | 3* | Zniekształcenia palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie | N | N | Z/N |
| 82 | 1* | Braki palców rąk upośledzające chwyt | N | N | Z/N |
| | 2* | Częściowe braki palców rąk z upośledzeniem chwytu | N | N | Z/N |
| | 3 | Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz | N | N | Z/N |
| | 4* | Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe | N | N | Z |
| | | **DZIAŁ XVIII — NOWOTWORY** | | | |
| 83 | 1 | Nowotwory niezłośliwe nie upośledzające sprawności ustroju | N | Z | Z |
| | 2 | Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządów | N | N | Z/N |
| 84 | 1* | Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni | N | N | N |
| | 2 | Blizny po usunięciu nowotworów złośliwych lub po leczeniu energią promienistą | N | Z/N | Z |
| | | **DZIAŁ XIX — NARZĄD RODNY** | | | |
| 85* | 1 | Wady rozwojowe pochwy, macicy, jajników, jajowodów | Z/N | Z | Z |
| | 2 | Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego (zespół bolesnego miesiączkowania) z nieznacznym upośledzeniem ustroju | Z/N | Z | Z |
| | 3 | Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego (zespół bolesnego miesiączkowania, obfite miesiączkowanie) oraz zespoły hormonalne ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju | N | N/Z | Z/N |
| 86* | 1 | Zestarzałe pęknięcie krocza bez obniżenia ścian pochwy | Z | Z | Z |
| | 2 | Zestarzałe pęknięcie krocza z obniżeniem ścian pochwy | N | Z/N | Z |
| | 3 | Zestarzałe pęknięcie krocza z upośledzeniem czynności zwieracza odbytu | N | N | Z/N |
| | 4 | Obniżenie narządu rodnego | N | Z/N | Z |
| | 5 | Wypadanie narządu rodnego | N | N | Z/N |
| | 6 | Wysiłkowe nietrzymanie moczu | N | N | Z/N |
| 87* | 1 | Nieprawidłowe położenie macicy nie utrwalone z zaburzeniami czynności narządu rodnego | Z | Z | Z |
| | 2 | Nieprawidłowe położenie macicy utrwalone z zaburzeniami czynności narządu rodnego | Z/N | Z/N | Z |
| | 3 | Przetoki pochwowo-pęcherzowe lub pochwowo-jelitowe | N | N | N/Z |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 88* | 1 | Przewlekły stan zapalny narządu rodnego bez zaburzeń ustroju | N | Z/N | Z |
| | 2 | Przewlekły stan zapalny narządu rodnego z nieznacznymi zaburzeniami ustroju | N | Z/N | Z |
| | 3 | Przewlekły często obostrzający się stan zapalny narządu rodnego z objawami otrzewnowymi | N | N | N/Z |
| | 4 | Stany pozapalne bliznowate z trwałymi przemieszczeniami narządu rodnego lub zaburzeniami czynnościowymi | N | N | Z |
| | 5 | Stan po odcięciu nadpochwowym macicy bez zespołu kastracyjnego | N/Z | Z | Z |
| | 6 | Stan po wycięciu doszczętnym macicy wraz z przydatkami lub zespoły kastracyjne po zabiegach na narządzie rodnym | N | N | Z |
| 89 | 1* | Gruźlica narządu rodnego czynna | N | N | N |
| 90 | 1* | Ciąża | N | — | — |

**Objaśnienia szczegółowe**

Do § 1, pkt 1. Badanie wzrostu i ciężaru ciała przeprowadza się wg ogólnie znanych i stosowanych sposobów, przy czym wyniki wzrostu podaje się z dokładnością do 1 cm zaś ważenie z dokładnością do 0,5 kg.

Ustala się tzw. wskaźniki tężyzny fizycznej Ruffier, wg następującej formuły

$$x = A - B,\quad \text{gdzie}$$

A — odpowiada różnicy między obwodami klatki piersiowej pod pachami na wysokości brodawek sutkowych przy głębokim wdechu i obwodem brzucha na poziomie pępka po zakończeniu szybkiego wydechu,

B — odpowiada różnicy centymetrów wzrostu powyżej 1 metra i kilogramów ciężaru ciała lub odwrotnie, jeżeli takie odejmowanie jest niemożliwe.

Jeżeli A jest wyższe od B — wskaźnik będzie pozytywny. Jeżeli B jest wyższe od A — trzeba dla przeprowadzenia ułożyć współczynniki w odwrotnym kierunku, ale wówczas wskaźnik będzie negatywny.

Osoby badane, u których wskaźnik Ruffier będzie negatywny, mogą być jedynie wyjątkowo zakwalifikowane do kategorii I lub II.

pkt 2. Słabą budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji pomiędzy wzrostem i ciężarem ciała, lecz również biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia i oddechowego w oparciu o próby czynnościowe.

Ocenę stopnia zdolności przy słabej budowie ciała należy opierać raczej na stwierdzeniu zaburzeń ogólnej sprawności ustroju niż na odchyleniach od wskaźników antropometrycznych.

Należy pamiętać, że ludzie o budowie astenicznej nie rzadko odznaczają się wielką wytrzymałością fizyczną.

pkt 4. Przy ocenie otyłości nie należy powodować się wyłącznie dysproporcją pomiędzy wzrostem i ciężarem ciała. Osoby budowy atletycznej odznaczają się dużą wagą ciała, spowodowaną mocną budową kośćca i silnie rozwiniętymi mięśniami, a więc rozpoznanie otyłości winno opierać się na stwierdzeniu nadmiernie rozwiniętej tkanki tłuszczowej.

Osoby z nadmiernie rozwiniętą tkanką tłuszczową przy stwierdzeniu, że rozrost jej jest spowodowany nadmiernym odżywianiem i siedzącym, mało ruchliwym trybem życia, należy przy sprawnym układzie krążenia i oddechowym (próby czynnościowe) uznawać jako „zdolne".

Przez „otyłość upośledzającą sprawność ustroju" należy rozumieć otyłość znacznego stopnia, przy niepełnie sprawnym układzie krążenia i oddechowym.

Przypadki otyłości spowodowane zaburzeniami gruczołów wydzielania wewnętrznego należy kwalifikować według § 56.

pkt 6. Przy stwierdzeniu całkowitego odwrotnego położenia trzew należy zwrócić szczególną uwagę na układ oddechowy i moczowy ze względu na często występujące w tych przypadkach rozstrzenie oskrzeli, zapalenia zatok przynosowych i wady rozwojowe nerek.

Przy kwalifikowaniu funkcjonariuszy pożarnictwa, u których rozpoznano to schorzenie, należy przeprowadzić badanie radiologiczne płuc, nerek (urografia) i zatok przynosowych.

Do § 2. Nowotwory skóry należy kwalifikować według paragrafów działu XVIII — Nowotwory.

pkt. 1. Osoby kwalifikowane w grupie I, u których stwierdzono zmiany typu przewlekłego nie upośledzające sprawności ustroju i nie wymagające leczenia, jak: rogowacenie przymieszkowe, trądzik zwykły (pospolity), znamiona łagodne nieszpecące, nieznaczne zapalenie łojotokowe, należy kwalifikować jako „zdolne".

Według tego punktu należy kwalifikować łagodne i organiczne postacie łuszczycy, a także stwierdzoną klinicznie nadmierną potliwość stóp.

pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowato-barwnikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy, gruźlice skóry oporną na leczenie.

Do § 3, pkt 1—2. Według tych punktów należy kwalifikować między innymi wyleczoną gruźlicę skóry. Przez „blizny upośledzające sprawność ustroju" należy rozumieć blizny znacznie utrudniające noszenie umundurowania i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, opa-

rzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.

Według tych punktów można kwalifikować również tatuaże skóry szczególnie w miejscach odsłoniętych.

Do § 4, pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować również gruźlicę węzłów chłonnych obwodowych.

Do § 7, pkt 3 i 4. Przy stwierdzeniu przewlekłego zapalenia brzegów powiek i spojówek należy brać pod uwagę wady wzroku przy nieużywaniu szkieł korekcyjnych oraz czynniki szkodliwe działające z zewnątrz jak pył, gazy itp.

pkt 5—7. Przy kwalifikowaniu zrostów spojówki gałkowej i powiekowej należy brać pod uwagę ograniczenie ruchomości oka i upośledzenie widzenia obuocznego. Według tych punktów należy także kwalifikować następstwa jaglicy.

Do § 9. Przez ślepotę oka należy rozumieć także ostrość wzroku poniżeą 0,1 nie dającą się poprawić szkłami albo przypadki, w których pole widzenia nie przekracza 10°.

Do § 10. Każdy przypadek oczopląsu podlega konsultacji neurologicznej.

Do § 12. W przypadkach stwierdzenia niedowładów lub porażeń mięśni zewnętrznych, lub wewnętrznych oka konieczna jest konsultacja neurologiczna.

Do § 13. Jeżeli ostrość wzroku któregokolwiek oka wynosi poniżej 0,5, należy skierować badanego do badania okulistycznego w celu stwierdzenia ostrości wzroku i określenia wady refrakcji.

Przy znacznej różnowzroczności należy uwzględniać szkła, jakie badany znosi przy patrzeniu obuocznym. Przy ocenie ostrości wzroku nie uwzględnia się szkieł kombinowanych. W wypadkach zmętnienia lub zniekształcenia środowisk załamujących, za podstawę kwalifikacji przyjmuje się ostrość wzroku.

Do § 14 pkt 1—3. Przy kwalifikacji według tych punktów należy uwzględniać równocześnie zasady podane w § 9 i § 10.

Według tych punktów należy kwalifikować również gruźlicę oraz zmiany pogruźlicze.

W wypadkach zapalenia nerwu wzrokowego konieczna jest konsultacja neurologiczna. Według tych punktów należy kwalifikować również ograniczenie pola widzenia.

pkt 4—5. Przez prawidłowe rozróżnianie barwy należy rozumieć umiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych tj. czerwonej, żółtej, zielonej i niebieskiej. Stan ten nie stwarza praktycznie ograniczeń do pełnienia służby pożarniczej na prawie wszystkich stanowiskach służbowych. Prawidłowe rozróżnianie wszystkich barw wymagane jest jedynie na pojedynczych stanowiskach.

Przez nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw należy rozumieć utrudnienie rozróżniania czterech barw podstawowych . tj. pomyłki przy odczytywaniu pojedyńczych tablic z zestawu Ishihary lub Stillinga względnie przedłużony czas odczytu (ponad 3 sekundy). Nieumiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych należy traktować jako „znaczne upośledzenie rozróżniania barw".

Do § 15—21. We wszystkich przypadkach obniżenia ostrości słuchu konieczne jest badanie specjalistyczne celem określenia rodzaju i stopnia upośledzenia słuchu. Zaburzenia w zakresie narządu równowagi wymagają zawsze badania larynoglogicznego i neurologicznego. Przez „osłabienie słuchu" należy rozumieć upośledzenie zdolności słyszenia lżejszego stopnia (słyszenie szeptu z odległości mniejszej niż 3 metry do 1 metra), przez „przytępienie słuchu" — upośledzenie znaczniejszego stopnia (słyszenie szeptu z odległości mniejszej niż 1 metr), przez „przytępienie słuchu graniczące z głuchotą" — upośledzenie dużego stopnia (szept „ad concham").

Do § 16, pkt 5. Kwalifikacja zależna od ostrości słuchu ucha drugiego: przy osłabieniu — „Zdolny", przy przytępieniu — „Niezdolny".

Do § 18, pkt 3. Przez „powikłania" przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego należy rozumieć zmiany w zakresie: nerwu twarzowego (porażenie), błędnika (zaburzenia równowagi), opon mózgowych, tkanki mózgowej i zatok czaszkowych.

pkt 4. Wyleczoną gruźlicę uszu należy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi według odpowiednich paragrafów.

Do § 19 pkt 1. W wypadku upośledzenia słuchu należy kwalifikować zgodnie z zasadami określonymi w § 16.

pkt 7. Rozpoznanie powinno być oparte na dokumentacji szpitalnej.

Do § 20, pkt 7. Kwalifikacja zależna od ostrości słuchu zgodnie z odpowiednimi punktami tego paragrafu.

Do § 21, pkt 8. Rozpoznanie zaburzeń równowagi powinno być oparte na wynikach prób przedsionkowych. Przy stwierdzeniu odchyleń w próbach przedsionkowych należy kwalifikować wspólnie z neurologiem. Przy braku odchyleń w próbach przedsionkowych należy kwalifikować zależnie od stopnia upośledzenia słuchu.

Do § 22, pkt 1. Zniekształcenie warg szpecące, nawet nie upośledzające mowy ani przyjmowania pokarmów dyskwalifikuje kandydatów do szkół pożarniczych.

pkt 3. Przez „wargę zajęczą" należy rozumieć rozszczepienie wargi z odsłonięciem zębów i dziąseł.

Do § 23, pkt 1—2. Przez „zniekształcenie" należy rozumieć także zbliznowacenie z ubytkami tkanek.

pkt 6. Wyleczoną gruźlicę należy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi według odpowiednich paragrafów.

Do § 24. Przy badaniu stanu uzębienia należy zwrócić uwagę na rodzaj i stan zgryzu, ewentualnie jego zniekształcenia rozwojowe lub nabyte, na stan tkanek okołozębia i możliwe objawy paradentopatii. Zęby przeznaczone do usunięcia należy traktować jako brakujące. Przy ocenie procentowej utraty zdolności żucia przyjmuje się tylko 28 zębów w jamie ustnej bez trzecich trzonowców (zębów mądrości). Zęby mądrości mogą być brane pod uwagę, o ile przy zwarciu odtwarzają one w części płaszczyznę żucia ewentualnie brakujących zębów („siódemek"). W celu uproszczenia określenia procentowej utraty zdolonści żucia, należy przyjąć brak jednego zęba jako utratę 3,5% zdolności żucia (bez względu na rodzaj zęba). Wyjątek od tej zasady stanowi szczęka lub żuchwa całkowicie bezzębna, kwalifikująca stan jamy ustnej jako 100% utraty zdolności żucia.

Uzupełnień protetycznych nie należy traktować jako odtworzenie zdolności żucia.

Wymogiem zdolności w stosunku do kandydatów do szkół pożarniczych jest możliwość uzupełnienia braku uzębienia w pierwszym roku studiów protezami stałymi (mostami) przy zachowanych zdrowych zębach filarowych, kłach („trójkach") i zębach trzonowych („szóstkach i siódemkach"). Adnotację o konieczności protezowania komisja lekarska powinna umieścić w treści orzeczenia.

Do § 25, pkt 1. Przez „zniekształcenie szczęki żuchwy" należy rozumieć: progenię prawdziwą, protruzję szczęki lub żuchwy, laterogenię, prognację. mikrognację, mikrogenię, zgryz otwarty lub wady skojarzone szczęki lub żuchwy jak np.: progenia prawdziwa z mikrognacją i inne.

Do § 26, pkt 1—4. W razie przerostu muszli nosowej, polipów a zwłaszcza skrzywienia przegrody nosowej, decydujące znaczenie dla oceny zdolności do służby w ochronie przeciwpożarowej ma zachowany stopień zdolności oddychania przez nos. Przez „upośledzające sprawność ustroju" w tych przypadkach należy rozumieć trwałe i wyraźne upośledzenie oddychania przez nos ze skłonnością do częstych zapaleń jam przynosowych, ucha środkowego lub do przewlekłych chorób gardła.

pkt 15. Celem stwierdzenia zupełnego braku powonienia należy użyć nalewki walerianowej.

Do § 28. Paragraf niniejszy obejmuje takie zaburzenia głosu jak: niedomoga głosowa (phonasthenia), znużenie głosowe (pseudophonastenia), niedomoga głosowa na tle zaburzeń endokrynologicznych, bezgłos histeryczny oraz bezgłos skurczowy (aphonia spastica).

Do § 30, pkt 2—3. Twardziel i gruźlicę wyleczone należy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi według odpowiednich paragrafów.

Do § 31, pkt. 1. Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem specjalistycznym.

pkt. 2. Przetoki szyjne mogą być wrodzone i nabyte.

Przetoki wrodzone skrzelopochodne bywają zazwyczaj pojedyncze; kanały przetok są wąskie a wydzielina — w przypadkach niepowikłanych zakażeniem — rzadka, prawie przeźroczysta. Przetoki takie nadają się do zabiegu operacyjnego.

Przetoki nabyte powstają zwykle w toku procesu gruźliczego lub grzybicznego; otwory ich mają brzegi podminowane, skóra w otoczeniu jest zapalnie zmieniona, a w sąsiedztwie stwierdza się powiększone węzły chłonne.

Przetoki te należy kwalifikować według § 4.

Do § 33, pkt 1—2. Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej mogą być wrodzone lub nabyte. Podstawą kwalifikowania jest ustalenie stopnia upośledzenia czynności narządów klatki piersiowej, a więc zaburzenia krążenia, zmniejszenie pojemności życiowej płuc itp.

pkt 4. Żebra nadliczbowe, dające zaburzenia czynności kończyny górnej o charakterze krążeniowym lub neurologicznym, należy kwalifikować dodatkowo według odpowiednich paragrafów.

Do § 34, pkt 1—2. Za skrzywienie kręgosłupa uważa się wszelkie odchylenia od linii pionowej, która prawidłowo powinna przebiegać od guzowatości potylicznej zewnętrznej przez wszystkie wyrostki kolczyste kręgów i szczelinę międzypośladkową.

Rozróżnia się skrzywienia:

**nieznaczne**: — gdy linia wyrostków kolczystych w swobodnej postawie wyprostowanej tworzy niewielki mało widoczny łuk na jednym z odcinków kręgosłupa lub dwa łuki przebiegające przeciwstawnie w sąsiadujących odcinkach kręgosłupa. Skrzywienie takie wyrównuje się czynnie;

**umiarkowane** — gdy linia wyrostków tworzy wyraźnie widoczny łuk, garb żebrowy jest mało widoczny, zauważalne jest małe zniekształcenie klatki piersiowej i występuje nieznaczne ograniczenie ruchów kręgosłupa.

Skrzywienie takie daje się wyrównać biernie;

**znaczne** — duże skrzywienie, ze znacznym ograniczeniem ruchów kręgosłupa, z wyraźnym garbem żebrowym, ze zniekształceniem klatki piersiowej z upośledzeniem sprawności oddechowej.

Skrzywienie nie daje się ani czynnie, ani biernie korygować.

pkt 3. Ocenę zdolności należy uzależniać od rozległości i nasilenia procesu chorobowego i zaburzeń czynnościowych kręgosłupa.

pkt 5. Stan po przebytej gruźlicy kręgosłupa (okres wyleczenia klinicznego) należy kwalifikować według pkt 1—3.

Do § 35—37. Ponieważ funkcjonariusze pożarnictwa często pracują przy użyciu ochronnego sprzętu przeciwgazowo-dymowego (aparaty oddechowe na sprężone powietrze lub tlenowe, maski przeciwgazowe) — dlatego też podczas badań kwalifikacyjnych należy uwzględnić badanie pojemności płuc i określać tzw. wskaźnik oddechowy Demenego według formuły:

1) $$x = \frac{C_v \cdot 100}{P},$$ gdzie:

$C_v$ — oznacza pojemność płuc mierzoną spirometrem w litrach,

P — oznacza ciężar badanej osoby w kilogramach.

O ile wartość wskaźnika jest niższa od 5, wówczas badanego nie można zakwalifikować do I lub II kategorii.

2) W przypadkach braku spirometru należy wyprowadzić tzw. współczynnik elastyczności klatki piersiowej według formuły

$$x = \frac{(L_1 - L_2) \cdot 100}{P},$$ gdzie

$L_1$ oznacza wielkość obwodu klatki piersiowej w centymetrach, mierzonego na wysokości podstawy wyrostka mieczykowatego mostka przy głębokim wdechu,

$L_2$ — oznacza wielkość obwodu klatki piersiowej mierzonej w powyższy sposób, lecz przy całkowitym wydechu,

P — oznacza ciężar ciała badanej osoby w kilogramach.

O ile wartość wskaźnika jest niższa od 6 — wówczas nie można zakwalifikować badanej osoby do kategorii I lub II.

Do § 35, pkt 6. Rozstrzenie oskrzeli należy kwalifikować na podstawie badania warstwicowego lub bronchograficznego, indywidualnie, stosownie do rozległości i umiejscowienia.

Do § 36. Przypadki czynnej gruźlicy płuc oraz przypadki wątpliwe co do dynamiki procesu należy pod-

dawać obserwacji i leczeniu. Po zakończeniu leczenia (w ramach obowiązujących przepisów) należy kwalifikować w zależności od uzyskanych wyników leczenia.

pkt 1. Przebyta gruźlica płuc w okresie 2 lat od zakończenia leczenia przeciwprątkowego dyskwalifikuje osoby kwalifikowane w kategorii I.

pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować marskość płuc po przebytej gruźlicy.

Do § 37, pkt 1—5. Schorzenia wymienione w tych punktach obejmują zmiany nieswoiste. W ostatecznej kwalifikacji należy uwzględniać dynamikę procesu i rozległość zmian oraz możliwość wyleczenia.

pkt 7. Za „nieznaczne ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych" uważa się brak jednego segmentu. Przy stwierdzeniu innych zaburzeń związanych z ubytkiem tkanki płucnej należy dokonać oceny według właściwych paragrafów.

Do § 38. We wszystkich przypadkach z podejrzeniem zaburzenia w krążeniu wieńcowym oraz zmian w mięśniu sercowym należy wykonać badanie elektrokardiograficzne w stanie spoczynku i po wysiłku. Przy badaniu przedmiotowym należy uwzględnić przeprowadzenie próby czynnościowej, tzw. próby harwardzkiej (próba wchodzenia na stopień, step up-test). Próba polega na tym, że osoba badana rytmicznie, w tempie 30 kroków na minutę, wchodzi i schodzi ze stołka o wysokości 50,8 cm a szerokości 40 cm, przy czym próba trwa 5 minut, jeżeli ze względu na nadmierne zmęczenie osoby badanej nie zostaje przerwana wcześniej. Wyniki próby ocenia się na podstawie zmian częstości tętna obliczanego po pierwszej, drugiej i trzeciej minucie odpoczynku po zakończeniu ćwiczenia, przy czym za każdym razem tętno liczy się przez 30 sekund. Ilościowej oceny dokonuje się na podstawie tzw. wskaźnika sprawności fizycznej, obliczanego według wzoru:

$$IST = \frac{100t}{2(C_{t1} + C_{t2} + C_{t3})}$$

We wzorze tym:
t — czas trwania ćwiczenia (w sekundach),
$C_{t1}$, $C_{t2}$ i $C_{t3}$ — liczba uderzeń tętna w kolejnych okresach pomiaru.

Przyjęto, że:
IST poniżej 55 odpowiada złej sprawności fizycznej,
IST 55—64 odpowiada sprawności poniżej przeciętnej,
IST 65—79 odpowiada przeciętnej sprawności fizycznej,
IST 80—89 odpowiada dobrej sprawności fizycznej,
IST ponad 90 odpowiada doskonałej sprawności fizycznej.
Według uproszczonej (tzw. szybkiej) metody wyniki próby harwardzkiej ocenia się na podstawie jednokrotnego obliczenia częstości tętna (w czasie 1,0—1,5 minuty po ukończeniu ćwiczenia).

Wskaźnik sprawności fizycznej oblicza się w tym przypadku według wzoru:

$$IST = \frac{100t}{5{,}5C_t}$$

przy czym IST poniżej 50 odpowiada niedostatecznej sprawności fizycznej, w granicach 50—80 — przeciętnej, ponad 80 — dobrej sprawności fizycznej.

Do § 38, pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować badanych, którzy cierpią na chorobę wieńcową potwierdzoną dokumentacją zakładu leczniczego.

Chorych po przebytym zawale serca lub z cechami ekg charakterystycznymi dla choroby wieńcowej, ale beż objawów klicznicznych, można kwalifikować jako „zdolnych".

pkt 5—6. W przypadku zastawkowych wad serca należy brać pod uwagę przede wszystkim zaburzenia w krążeniu, a nie poszczególne, oddzielne objawy, które nieraz nie powodują żarnych dolegliwości subiektywnych. Kwalifikować dopiero po ustaleniu się wady zastawkowej. Przez „objawy zaburzeń „hemodynamicznych" należy rozumieć powiększenie serca w całości lub częściowo, objawy nadciśnienia w krążeniu płucnym, zmiany w zapisie ekg. Według tych punktów należy kwalifikować również stany po zabiegach chirurgicznych na zastawkach serca.

Do § 39, pkt 3. Za nadciśnienie tętnicze I i II okresu uważa się okresową zwyżkę ciśnienia krwi, zarówno ze skargami na dolegliwości subiektywne jak i bez nich. Za nadciśnienie tętnicze III i IV okresu uważa się nadciśnienie stałe, utrzymujące się z zaburzeniami ze strony poszczególnych narządów lub układów. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego należy w zasadzie opierać na obserwacji szpitalnej. Badanie dna oka obowiązkowe. Przy nadciśnieniu, w którym wartość ciśnienia rozkurczowego przekracza stale przy wielokrotnych pomiarach 90 mm Hg, wystarczy dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego.

pkt 5. Przez określenie „choroby naczyń krwionośnych" należy rozumieć przede wszystkim choroby naczyń obwodowych jak: choroba Bürgera, choroba Reynaud, czerwienica bolesna, sinica kończyn oraz sprawy zapalno-zakrzepowe naczyń.

Do § 40. Żylaki przełyku należy kwalifikować wg § 40, guzy krwawnicowe wg § 47, żylaki powrózka nasiennego wg § 52, żylaki kończyn dolnych wg § 80.

Do § 42. Według tego paragrafu należy kwalifikować również gruźlicę otrzewnej w razie zupełnego ustąpienia objawów chorobowych po zakończonym całkowitym leczeniu przeciwprątkowym (okres wyleczenia klinicznego).

Do § 43. Rozpoznanie schorzeń żołądka i jelit należy ustalać na podstawie dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego. Według tego paragrafu należy kwalifikować również wyleczoną klinicznie gruźlicę przewodu pokarmowego.

pkt 5. Jako powikłania powrzodowe należy kwalifikować powrzodowe zwężenie odźwiernika oraz zmiany bliznowate dwunastnicy utrudniające pasaż miazgi pokarmowej. Zniekształcenie opuszki dwunastnicy nie upośledzające przechodzenia miazgi pokarmowej należy kwalifikować według pkt. 4.

Do § 44, pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować również choroby po zabiegach operacyjnych w zakresie dróg żółciowych, z nawrotami lub powikłaniami.

Do § 45, pkt 1. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia trzustki należy z reguły ustalać na podstawie dokumentacji szpitalnej. Cukrzycę kwalifikować według § 56, pkt. 4.

Do § 48, pkt 1. Stan po przebytej gruźlicy należy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi według odpowiednich paragrafów.

Do § 49. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

pkt 9—10. Operacyjny przeszczep nerki należy kwalifikować zależnie od wydolności przeszczepionej nerki. Osoby z przeszczepem nerki mogą ewentualnie wykonywać tylko pracę w administracji.

Do § 50. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

pkt 1. Nietrzymanie moczu ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym należy kwalifikować wg § 64, moczenie nocne — wg § 68, pkt. 3, wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet, według § 86, pkt. 6.

Do § 51, pkt. 1—2. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

Do § 52, pkt. 1—5. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

Do § 53, pkt. 2. Przy stwierdzeniu cech eunochoidyzmu należy kwalifikować według § 1, pkt. 5.

Do § 54, pkt. 1. Stan po przebytej gruzlicy należy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi wg odpowiednich paragrafów.

Do § 56. Zaburzenia hormonalne u kobiet, dotyczące gruczołów płciowych, należy kwalifikować wg § 85, pkt. 2 i 3.

pkt. 4. Lekkie postacie cukrzycy, które można łatwo wyrównywać leczeniem dietetycznym i farmakologicznym, można kwalifikować jako — „zdolny". Przypadki cukrzycy trudnej do wyrównania, chwiejnej lub powikłanej należy kwalifikować jako — „niezdolny".

Do § 57, pkt. 1—2. Za wartości graniczne niedokrwistości niedobarwliwej niewielkiego stopnia należy przyjąć 70% hemoglobiny i 3 500 000 krwinek czerwonych w 1 $mm^3$, wartości niższe — jako niedokrwistość znacznego stopnia.

pkt. 2. Rozpoznanie schorzenia powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego.

Do § 58, pkt. 2. Przy stwierdzeniu zmian we krwi należy kwalifikować według § 57.

Do § 59. Rozpoznanie choroby popromiennej wymaga obserwacji szpitalnej.

Do § 60, pkt. 1. Rozpoznanie choroby kolagenu (twardzina, rumień guzowaty, liszaj rumieniowaty, guzkowe zapalenie okołotętnicze, zapalenie wielomięśniowe itp.) powinno być ustalone wyłącznie na podstawie dokumentacji szpitalnej.

Do § 62. Przez inne choroby przemiany materii należy rozumieć tłuszczakowatość (lipomatosis), hemosyderozę, porfirię, chorobę glikogenową Gierkego, Gauchera, Niemann-Piecka i inne..

Do § 63. Rozpoznanie nerwobólów i przewlekłych zapaleń nerwów wymaga odpowiedniej dokumentacji lekarskiej. Przy orzekaniu należy brać pod uwagę nie tylko zmiany przedmiotowe, stopień nasilenia bólów, lecz również częstość ich występowania. Zastosowanie właściwego punktu zależy od tego, w jakim stopniu porażenia (niedowłady), zaburzenia czucia i zaburzenia troficzne — ze względu na umiejscowienie, rozległość i mechanizmy wyrównawcze — upośledzają sprawność ustroju.

Do § 64. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego.

pkt. 1—3. Według tych punktów należy kwalifikować następstwa po przebytej gruźlicy opon mózgowych (zaburzenia mózgowo-rdzeniowe). Osoby kwalifikowane w kategorii I, mimo niestwierdzenia następstw po przebytej gruźlicy opon mózgowych — „niezdolne".

Do § 64, pkt 4. Według tego punktu należy kwalifikować osoby chore na stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex).

Do § 65. Według tego paragrafu należy kwalifikować choroby układu mięśniowego jak np. zaniki mięśni postępujące, choroba Thompsona itp.

Do § 66. Każdy badany podejrzany o padaczkę powinien w zasadzie przejść obserwację szpitalną, w tym wszystkie badania dodatkowe, mające znaczenie w rozpoznaniu tej choroby.

Do § 67. Przez nerwice należy rozumieć psychogenne zespoły zaburzeń psychicznych charakteryzujące się następującymi cechami:
1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący,
2) brak objawów organicznego uszkodzenia tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego,
3) zaburzenia psychiczne mieszczące się w zasadzie w ramach zmian ilościowych a nie jakościowych, osobowość niezmieniona,
4) większość zaburzeń dotyczy życia emocjonalnego, zaburzenia te (lęk, depresja, dysforia) zdają się być objawami pierwotnymi,
5) poczucie choroby zachowane a nawet wyolbrzymione,
6) zmiany psychiczne, a także fizyczne, w zasadzie odwracalne, zejście bez defektu,
7) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów,
8) obraz kliniczny przeważnie odpowiada jednemu ze znanych zespołów nerwicowych: nerastenii, histerii, nerwicy lękowej, nerwicy z natręctwami, nerwicy z przewagą skarg hipochondrycznych, depresji nerwicowej lub innym.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie wszystkich spośród wymienionych cech. Według aktualnej terminologii polskiej określenie „nerwica" i „psychonerwica" traktuje się jako synonimy. Nerwice nieznacznie lub miernie upośledzające sprawność ustroju należy poddawać leczeniu. O przewlekłej nerwicy upośledzającej sprawność ustroju mówi się wtedy, kiedy jej objawy uniemożliwiają wykonanie obowiązków służbowych.

Do § 68, pkt 1—2. Przewlekłe psychogenne zaburzenia somatyczne, nazywane „nerwicami narządowymi", należą w zasadzie do zakresu odpowiednich specjalności lekarskich — chorób wewnętrznych, laryngologii, okulistyki itp., a zatem rozpoznanie ich jest sprawą odpowiednich specjalistów przy współudziale neurologa lub psychiatry. Osoby chore na przewlekłe nerwice narządowe, zwłaszcza z objawami ze strony układu krążenia lub układu trawienia, dające tylko nieznaczne dolegliwości bez upośledzenia stanu ogólnego — należy w zasadzie kwalifikować jako „zdolne".

Osoby, u których występuje średnie nasilenie dolegliwości lub powtarzają się objawy, jak np. częstoskurcz napadowy, zapaść napadowa, omdlenia, bóle typu dusznicowego, kurcz wpustu, uporczywe wymioty, przewlekła dyskineza dróg żółciowych itp. należy w zasadzie kwalifikować jako „zdolne". Funkcjonariuszy pożarnictwa należy kwalifikować indywidualnie, zależnie od stopnia upośledzenia sprawności ustroju, biorąc pod uwagę opinię służbową oraz lekarską z miejsca pełnienia służby.

Do § 69. Przez anomalię charakteru należy rozumieć trwałą wadę struktury osobowości w zakresie sfery emocjonalno-popędowej, bez względu na etiologię. Do grupy anomalii charakteru zalicza się takie często spotykane rozpoznania jak: socjopatia, psychopatia, charakteropatia, encefalopatia z zaburzeniami charakteru, homilopatia, patologiczna osobowość, osobowość nieprawidłowa, osobowość z cechami (rysami) psychopatycznymi itp. Samo rozpoznanie anomalii charakteru nie wystarcza.

Lekarze psychiatrzy powinni określić, czy badany dysponuje odpowiednimi zdolnościami adaptacyjnymi, które pozwolą mu skompensować swoje braki i dostosować się do wymogów służby w ochronie przeciwpożarowej.

Do § 70, pkt 1. Infantylizm psychiczny rozpoznaje się u kandydatów do służby w ochronie przeciwpożarowej, u których stwierdza się dysproporcję między rozwojem intelektualnym a rozwojem życia uczuciowego, polegającą na osiągnięciu poziomu intelektualnego odpowiedniego do wieku przy niższym w stosunku do wieku rozwoju uczuciowości.

Do § 71. Rozpoznanie psychoz u funkcjonariuszy pożarnictwa należy ustalić wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych zakładów leczniczych.

Do § 73, pkt. 1. Alkoholizm nałogowy może być uważany za narkomanię przebiegającą bez defektów. W razie stwierdzenia alkoholizmu u funkcjonariuszy pożarnictwa należy poddać ich kuracji odwykowej. Alkoholizm przewlekły i dipsomanię należy kwalifikować wyłącznie na podstawie następstw w postaci schorzeń organicznych lub zaburzeń psychicznych wg odpowiednich paragrafów.

Do § 74. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych u funkcjonariuszy pożarnictwa należy ustalać wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych zakładów leczniczych.

Do § 75. Przez „brak kończyny" należy rozumieć nie tylko brak całej kończyny (dolnej lub górnej), ale także brak zasadniczej części kończyny dłoni, przedramienia, stopy, podudzia itp.

W razie braku kończyny górnej, jeżeli to dotyczy personelu dowódczego lub administracyjnego, o zdolności do zawodowej służby pożarniczej należy orzekać indywidualnie.

Do § 76. Zniekształcenia, ubytki i stawy rzekome obojczyka należyż kwalifikować wg § 32.

pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować również stawy rzekome.

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować również gruźlicę kości.

Do § 77. Kończyny dolne należy mierzyć w pozycji leżącej, wprostowane z zesuniętymi stopami.

Długość bezwzględną kończyny dolnej mierzy się od szczytu krętarza wielkiego kości udowej do dolnej krawędzi kostki bocznej. Długość względną mierzy się od kolca biodrowego przedniego górnego do szczytu kostki przyśrodkowej. W przypadkach wątpliwych, kiedy istnieją różnice w wymiarach obu kończyn, zasięgnąć rady specjalisty ortopedy.

Do § 78, pkt 1. Zwichnięcia nawykowe można rozpoznać tylko na podstawie stwierdzenia w czasie badania, względnie na podstawie dokumentacji lekarskiej stwierdzającej kilkakrotnie przebyte zwichnięcie.

pkt 2. Według tych punktów należy kwalifikować staw biodrowy szpotawy i koślawy oraz kolana szpotawe i koślawe. Przez „staw biodrowy szpotawy" należy rozumieć takie wzajemne ustawienie szyjki i trzonu kości udowej, które tworzy kąt zbliżony do prostego, przez „staw biodrowy koślawy" — które tworzy kąt nadmiernie rozwarty powyżej 130°. Rozpoznanie stawu biodrowego szpotawego i koślawego opierać na zdjęciu rtg.

Nie należy zawsze uważać ustawienie koślawe lub szpotawe kolan za wadę powodującą zaburzenie statyki. W prawidłowej ocenie takiego stanu pomocne mogą być pomiary odległości między kolanami lub stopami, płaskostopie o różnym nasileniu — jako wyraz wyrównania koślawości lub szpotawości i dolegliwości spowodowane rozciągnięciem wiązadeł stawu kolanowego. Pomiarów badanego dokonuje się w pozycji stojącej, z zestawionymi (złączonymi) kończynami dolnymi. Przy kolanach szpotawych („O" kształtnych) miarodajny jest odstęp między kłykciami przyśrodkowymi kości udowych (przy złączonych stopach), przy kolanach koślawych („X" — kształtnych) — odstęp między wypukłościami kostek wewnętrznych podudzi (przy złączonych kolanach).

Przy odstępie między kolanami do 5 cm lub między stopami do 3 cm z reguły nie występuje zaburzenie statyki. Takich badanych należy kwalifikować jako „zdolnych". Przy odstępie między kolanami do 10 cm lub między stopami do 6 cm mogą występować nieznaczne zaburzenia statyki, słabo nasilone dolegliwości wiązadeł stawu kolanowego, tendencja do płaskostopia. Takich badanych kwalifikować jako „zdolnych". Przy odstępie między kolanami ponad 10 cm lub między stopami ponad 6 cm stwierdza się częste występowanie bólów statycznych kolan i płaskostopia a nierzadko i koślawe ustawienie stóp. Przy bardzo znacznych zniekształceniach i zaburzeniach statyki spowodowanych szpotawością lub koślawością kolan — badanych należy kwalifikować jako „niezdolnych". W przypadkach wątpliwych, szczególnie z pogranicza, kierować do ortopedy.

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować również gruźlicę stawów.

pkt 4. Według tego punktu można kwalifikować wyłącznie na podstawie dokumentacji lekarskiej z przebytego leczenia oraz aktualnych wyników badań dodatkowych.

Za dawno przebyty należy uważać okres co najmniej 8 lat od ostatniego rzutu choroby.

Do § 79. Przez „stopę płaską" należy rozumieć obniżenie sklepienia podłużnego. Stopa płaska, wiotka bez obciążeń ma kształt prawidłowy. Obniżenie sklepienia następuje tylko przy obciążeniu stopy (odpowiada pkt 1). Przez „stopę płaską" z upośledzeniem sprawności należy rozumieć stopę płaską przykurczoną, ze stałym obniżeniem sklepienia podłużnego, ko-

ślawością, bolesnym napinaniem się mięśni strzałkowych (odpowiada pkt 2).
Przy dalszym nasileniu się objawów występują wyraźne utrwalone zmiany ustawienia kości stopy i zmiany w stawach stępu. Chód jest niezgrabny, męczący.

Do § 81, pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować palce młotowate, przykrywające, nadliczbowe i paluch koślawy.

Do § 82, pkt 1—2. Za brak palca uważa się: dla kciuka — przynajmniej brak paliczka paznokciowego, dla pozostałych palców przynajmniej brak dwóch paliczków.
U osób leworęcznych przy ocenie lewej ręki można stosować kwalifikacje, jakie u praworęcznych obowiązują do ręki prawej.
Brak jednego paliczka kciuka (paznokciowego) należy kwalifikować wg pkt 2, brak dwóch paliczków kciuka — wg pkt 3.

pkt 4. Przez „zrośnięcie palców ręki z upośledzeniem chwytu" należy rozumieć zrośnięcie kciuka ze wskazicielem lub wskaziciela z trzecim palcem, albo zrośnięcie ze sobą palców: trzeciego, czwartego i piątego.

Do § 84, pkt 1. Nowotwory złośliwe skóry (np. czerniak, włókniako-mięśniak) należy rozpoznawać wyłącznie na podstawie wyników badania histopatologicznego.

§ 85—90. Nie należy warunkować badania ginekologicznego zgłaszaniem skazy ze strony narządu rodnego. Powinno to być rutynowe badanie wstępne i okresowe, połączone z badaniami cytodiagnostycznymi. Kobieta może wprawdzie odmówić poddania się temu badaniu, ale należy użyć wszelkich argumentów, aby ją do tego skłonić.
Badania przeprowadza wyłącznie specjalista chorób kobiecych.

Do § 89 pkt 1. Stan po przebytej gruźlicy kwalifikować zgodnie ze stwierdzonymi zmianami zejściowymi według odpowiednich paragrafów.

Do § 90, pkt 1. Funkcjonariusze pożarnictwa — kobiety w czasie ciąży nie podlegają kwalifikowaniu o zdolności do służby w ochronie przeciwpożarowej. Ciężarna kobieta może pracować w administracji. Jeśli kobieta funkcjonariusz zajdzie w ciążę, powinna być przeniesiona do administracji.

**Postępowanie w przypadkach chorób wenerycznych**

Stwierdzenie choroby wenerycznej u osób ubiegających się o przyjęcie do służby w ochronie przeciwpożarowej lub u osób ubiegających się o przyjęcie do szkół pożarniczych dyskwalifikuje te osoby do czasu ustąpienia zakaźności tej choroby, co musi być stwierdzone przez lekarza specjalistę wenerologa.
U osób już zatrudnionych stwierdzenie choroby wenerycznej w okresie zakaźnym nakłada na lekarza obowiązek natychmiastowego usunięcia danego chorego ze służby i skierowanie go na badania specjalistyczne.
O ponownym zaszeregowaniu do służby decydować może jedynie opinia urzędowa lekarza specjalisty wenerologa.

**Postępowanie w przypadkach nosicielstwa chorób zakaźnych**

Stwierdzone nosicielstwo u kandydatów na funkcjonariuszy pożarnictwa lub kandydatów do szkół pożarniczych dyskwalifikuje ich do służby w ochronie przeciwpożarowej.
Nosicieli spośród funkcjonariuszy nie należy zatrudniać w systemie zmianowym ani też kierować na kursy i do szkół pożarniczych.

## WARUNKI PRENUMERATY

Cena prenumeraty krajowej rocznie zł 24.

**Termin składania zamówień i wpłat:**

a) do 25 listopada na styczeń, I kwartał, I półrocze i cały następny rok,

b) do 10 każdego miesiąca (z wyjątkiem grudnia) poprzedzającego okres prenumeraty.

Jednostki gospodarki uspołecznionej, instytucje i organizacje społeczno-polityczne oraz wszelkiego rodzaju inne zakłady pracy składają zamówienia w miejscowych Oddziałach RSW „Prasa — Książka — Ruch".

Zakłady pracy w miejscowościach, w których nie ma Oddziałów RSW oraz prenumeratorzy indywidualni, zamawiają prenumeratę w urzędach pocztowych lub u doręczycieli.

**Indeks 35613**

W.Z.Graf. Zam. 2722 . Ark. druk. 3.00. Ark. wyd. 4.00.